Formulario 481 Rev. 05.98

FORMA CORTA

Liquidador					Revisor				
R	M	V1	V2	P1	P2	N	D	E	A

☐ PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

1998 GOBIERNO DE PUERTO RICO **1998**
DEPARTAMENTO DE HACIENDA

PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS

AÑO CONTRIBUTIVO 1998 O AÑO COMENZADO EL

____ de _____ de 19 _____Y TERMINADO EL ____ de_____ de 19 _____

Número de Serie

Sello de Pago

Nombre | Inicial | Apellido Paterno | Apellido Materno

Dirección postal

Código postal

"Coloque el Sello de Goma (Label) aquí".

Nombre e inicial del cónyuge | Apellido Paterno | Apellido Materno

Dirección residencial completa (Barrio o Urbanización, Núm., Calle) **Cambio de dirección :** Sí ☐ No ☐

Municipio ☐ Código postal

Núm. de Seguro Social

Fecha de Nacimiento — Día Mes Año

Sexo ☐ M ☐ F

Núm. de Seguro Social Cónyuge

Fecha de Nacimiento del Cónyuge — Día Mes Año

Teléfono Residencia:

Teléfono Oficina:

PARA USO DE COLECTURIA

Número Control de Recibo

Núm. _____

Importe: _____

Encasillado 1

	Sí	No	
A.			¿Ciudadano de Estados Unidos?
B.			¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
C.			¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
D.			¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
E.			¿Otros ingresos exentos de contribución? **(Someta Anejo)**
F.			¿Obligación de hacer pagos a **ASUME**?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

G. ☐ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
H. ☐ Empleado Gobierno Federal
I. ☐ Empleado Empresa Privada

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:

1) ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2) ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)
3) ☐ Jefe de familia
4) ☐ Soltero

Su ocupación _____ ☐ Ocupación cónyuge _____ ☐

PLANILLA 1999

ESPAÑOL ☐ INGLES ☐

Use este formulario sólo si cumple con los siguientes requisitos:

Su ingreso bruto no es mayor de $75,000.

Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones.

No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos.

Reclama la deducción fija.

No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.

No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola.

No rinde una Declaración de Contribución Estimada.

Es ciudadano americano o extranjero residente.

No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado.

No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados.

Si usted no cumple con todos los requisitos, deberá rendir la **Forma Larga.**

Encasillado 2

1. **Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**

	A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
00 **SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORMULARIOS 499R-2/W-2PR o W-2), SEGUN APLIQUE.**	00	00
	00	00
	00	00
	00	00
	00	00
01 **Total** (Núm. de comprobantes con esta planilla) ☐	00	00

		Contribución Retenida		Salarios Federales
2. **Salarios del Gobierno Federal** (Véanse instrucciones).....	(01)	00	(02)	00
3. **Ingresos de Anualidades y Pensiones** (Anejo H, Parte II, línea 12).....	(03)	00		
4. **Ingreso Bruto Ajustado** (Sume líneas 1B, 2B y 3).....	(10)	00		

Encasillado 3

5. **Ingreso Bruto Ajustado** (De la línea 4, página 1) 02 (01) 00

6. **DEDUCCION FIJA Y EXENCION PERSONAL**
Si marcó en el Encasillado 1 el bloque 1 anote $6,000, el bloque 2 anote $3,300, el bloque 3 anote $5,600, el bloque 4 anote $3,300 (02) 00

7. **DEDUCCIONES ADICIONALES** (Deberá someter evidencia para reclamar estas deducciones)
A. Aportaciones a sistemas gubernamentales de pensiones o retiro (03) 00
B. Aportaciones a cuentas de retiro individual (No exceder de $3,000 ó $6,000 si es casado) (04) 00
C. Casados cuando ambos trabajan (05) 00
D. Veteranos (06) 00
E. Gastos ordinarios y necesarios (Anejo I, línea 8) (07) 00
F. Intereses de préstamo de automóvil: (No exceder de $1,200)
Banco _____ Núm. préstamo _____ (08) 00
G. Jóvenes que estudian y trabajan (Véanse instrucciones) (09) 00
H. **Total Deducciones Adicionales** (Sume líneas 7A a la 7G) (10) 00

8. **EXENCION POR DEPENDIENTES (Véanse instrucciones)**

TOTAL

A) No universitarios: **Categoría (N)** (12)_____ x $1,300 (13) 00
B) Universitarios: **Categoría (U)** (16)_____ x $1,600 (17) 00
C) Incapacitados, ciegos o de 65 años o más: **Categoría (I)** (20)_____ x $1,300 (21) 00
D) **Total de Exención por Dependientes** (Sume líneas 8A a la 8C) (22) 00

9. **Total Deducciones y Exenciones** (Sume líneas 6, 7H y 8D) (30) 00

10. **INGRESO NETO SUJETO A CONTRIBUCION** (Línea 5 menos línea 9. Si la línea 9 es mayor que la línea 5, anote cero) (31) 00

Encasillado 4

11. **CONTRIBUCION DETERMINADA** (Determine su contribución de la cantidad en la línea 10 usando la Tabla Contributiva) (32) 00

12. Crédito por Aportación a Fundación Educativa para la Libre Selección de Escuelas (33) 00

13. Responsabilidad Contributiva (Línea 11 menos línea 12. Si es menos de cero, anote cero) (34) 00

14. **Contribución Retenida:**
A. Contribución Retenida sobre Salarios (Sume las líneas 1A y 2A del Encasillado 2) (35) 00
B. Contribución Retenida sobre Anualidades y Pensiones (Anejo H, línea 13) (36) 00
C. Total Contribución Retenida (Sume líneas 14A y 14B) (37) 00

15. **Total no Pagado de la Contribución** (Si la línea 13 es mayor que la línea 14C, anote la diferencia aquí, de lo contrario, en la línea 20) (38) 00

16. **Menos**: Cantidad pagada con prórroga automática (39) 00

17. **Balance Pendiente de Pago** (Si la línea 15 es mayor que la línea 16, anote la diferencia aquí, de lo contrario, en la línea 20) (40) 00

18. **Menos:** Cantidad pagada (a) **Con Planilla** (41) 00
(b) **A través de Transferencia Electrónica** (Núm. de transacción: _____) (42) 00
(c) **Intereses** (43) 00
(d) **Recargos** (44) 00

19. **BALANCE PENDIENTE DE PAGO** (Línea 17 menos líneas 18(a) y 18(b)) (45) 00

20. CANTIDAD A REINTEGRAR (50) 00

Encasillado 5 Dependientes

55 **Jefatura** (01)

Nombre, Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha Nacimiento	Parentesco	Categoría	Núm. de Seguro Social
					J	

	Nombre, Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Parentesco	Categoría (N) (U) (I) Véanse instrucciones	Núm. de Seguro Social
(02)							
(03)							
(04)							
(05)							
(06)							
(07)							
(08)							
(09)							

Dependientes

Declaro bajo penalidad de perjurio que esta planilla (incluyendo los estados, anejos y demás documentos que se acompañan) ha sido examinada por mí y que según mi mejor información y creencia es cierta, correcta y completa. También declaro que he proporcionado más del 50% del sustento a todos los dependientes reclamados. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.

Nota al contribuyente:
Si hizo pagos por la preparación de su planilla, exija la firma y el número de registro del Especialista.

Fecha | Firma del Contribuyente

Fecha | Firma del Cónyuge

Firma del Especialista | Núm. de Registro | Fecha | Empleado por cuenta propia (marque aquí) ☐ | Núm. Seguro Social del Especialista

04 Nombre del Especialista (Letra de Molde) | Nombre de la Firma o Negocio | Número de Identificación Patronal

Dirección | Código postal

Anejo H
Rev. 05.98

INGRESO DE ANUALIDADES O PENSIONES

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Beneficiario de la pensión (marque uno): [ ] 1 Contribuyente [ ] 2 Cónyuge

35

Fecha en que comenzó a disfrutar la pensión: Día____Mes_____Año____

Pensión otorgada por (marque uno): [ ] 1 ELA [ ] 2 Federal [ ] 3 Patrono de empresa privada

Parte I — Determinación del Costo Pendiente de Recobro (Véanse instrucciones)

1. Costo de la anualidad (cantidad pagada). Si es cero, anote cero en la línea 10 y pase a la Parte II	(01)		00
2. Pensión recibida en años anteriores	(02)		00
3. Menos:			
(a) Pensión tributada en años anteriores	(03)	00	
(b) Pensión recibida exenta de tributación en años anteriores	(04)	00	
4. Total (Sume líneas 3(a) y 3(b))	(05)		00
5. Costo de la pensión recobrado exento de tributación en años anteriores (Línea 2 menos línea 4)	(06)		00
6. Costo de la pensión pendiente de recobro (Línea 1 menos línea 5)	(07)		00

Parte II — Ingreso Sujeto a Tributación (Véanse instrucciones)

7. Importe total recibido en el año	(08)		00
8. Cantidad exenta de tributación (Si tiene 60 años o más de edad, someta copia del certificado de nacimiento)	(09)		00
9. Ingreso de pensión menos la cantidad exenta (Línea 7 menos línea 8. Si es menos de cero, pase a la línea 13)	(10)		00
10. Costo de la pensión pendiente de recobro (Igual a la línea 6)	(11)		00
11. Ingreso de pensión en exceso al costo pendiente de recobro (Línea 9 menos línea 10)	(12)		00
12. **Ingreso de pensión tributable** (Anote aquí el importe de la línea 11 ó el 3% de la línea 1, lo que sea mayor (pero no mayor que el importe de la línea 9). Anote esta cantidad en el Encasillado 2, línea 2 I de la Forma Larga o en el Encasillado 2, línea 3 de la Forma Corta)	(13)		00
13. Contribución retenida sobre anualidad o pensión para el año contributivo (Anote esta cantidad en el Encasillado 4, línea 25B de la Forma Larga o en el Encasillado 4, línea 14B de la Forma Corta)	(14)		00

Anejo I
Rev. 05.98

GASTOS ORDINARIOS Y NECESARIOS

Año contributivo comenzado el __ de _____ de 19__ y terminado el __ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I **Detalle de Gastos (Véanse instrucciones)** 58

1. Comidas y entretenimiento
   A. Total de gastos incurridos o pagados ..... (01) 00
   B. Reembolso de gastos (comidas y entretenimiento) ..... (02) 00
   C. Diferencia (Si la línea 1B excede la línea 1A, anote el exceso aquí y en el Anejo F, Parte V) ..... (03) 00
   D. Si la línea 1A excede la línea 1B, **véanse instrucciones** ..... (04) 00

2. Otros gastos
   A. Costo y mantenimiento de uniformes ..... (11) 00
   B. Cuotas de uniones, colegiaciones y asociaciones profesionales ..... (12) 00
   C. Compra de materiales didácticos por educadores ..... (13) 00
   D. Compra de libros técnicos propios de la profesión u oficio ..... (14) 00
   E. Gastos de educación y mejoramiento de la profesión u oficio ..... (15) 00
   F. Depreciación (Parte II de este Anejo) ..... (16) 00
   G. Otros gastos de la profesión u oficio ..... (17) 00
   H. Total otros gastos (Sume líneas 2A a la 2G. Anote el total aquí) ..... (18) 00
   I. Reembolso de otros gastos ..... (19) 00
   J. Diferencia (Si la cantidad en la línea 2 I excede la cantidad de la línea 2H, anote el exceso aquí y en el Anejo F, Parte V. De lo contrario, pase a la línea 2K) ..... (20) 00
   K. Si la línea 2H excede la cantidad en la línea 2 I, anote el exceso en esta línea ..... (30) 00

3. Total gastos ordinarios y necesarios (Sume líneas 1D y 2K. Anote la cantidad en esta línea) ..... (31) 00

4. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, línea 1B de la Forma Larga o de la Forma Corta) ..... (32) 00

5. Salarios Gobierno Federal (Encasillado 2, línea 1C de la Forma Larga o del Encasillado 2, línea 2 de la Forma Corta) ..... (33) 00

6. Total salarios (Sume líneas 4 y 5) ..... (34) 00

7. Multiplique la línea 6 por 3% y anote aquí ..... (35) 00

8. **Deducción por gastos ordinarios y necesarios** (Anote aquí y en el Encasillado 3, línea 7E de la Forma Corta o en el Anejo A Individuo, Parte II, línea 5 la menor de las siguientes cantidades: línea 3, línea 7, ó hasta el límite de $1,500 ($750 si es casado que rinde planilla separada)) ..... (40) 00

Parte II **Detalle de la Depreciación** 59

1. Clase de propiedad (En caso de edificaciones, indique el material utilizado en la construcción).	2. Fecha de adquisición	3. Costo u otra base (excluya el costo del terreno en el caso de depreciación corriente). En el caso de automóviles, la base no deberá exceder de $25,000 por vehículo.	4. Depreciación concedida (o admisible) en años anteriores.	5. Estimado de vida utilizado para computar la depreciación.	6. Depreciación admisible o reclamada este año.
Depreciación corriente					
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
Total (Traslade esta cantidad a la Parte I, línea 2F de este Anejo).....(10)					00

Anejo CH
Rev. 05.98

CESION DE RECLAMACION DE EXENCION POR HIJO(S) DE PADRES DIVORCIADOS O SEPARADOS

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del padre que reclama la exención	Número de Seguro Social

Parte I — Cesión de Reclamación de Exención por Dependientes para el Año Corriente (Véanse instrucciones)

Yo, _____, consiento a no reclamar la exención por
Nombre del padre que cede la reclamación de la exención

dependientes para el año contributivo 19___ por (anote el nombre del(los) hijo(s)):

(1)_____
(2)_____
(3)_____
(4)_____
(5)_____

_____ Firma del padre que cede la reclamación de la exención
_____ Núm. Seguro Social
_____ Fecha

Si decide no reclamar exención por este(estos) hijo(s) para años posteriores, complete la Parte II.

Parte II — Cesión de Reclamación de Exención por Dependientes para Años Futuros (Véanse instrucciones)

Yo, _____, consiento a no reclamar la exención por
Nombre del padre que cede la reclamación de la exención

dependientes para el(los) año(s) contributivo(s) _____ por (anote el nombre del(los) hijo(s)):
(Especifique)

(1)_____
(2)_____
(3)_____
(4)_____
(5)_____

_____ Firma del padre que cede la reclamación de la exención
_____ Núm. Seguro Social
_____ Fecha

Anejo CV
Rev. 05.98

ANALISIS DE COSTO DE VIDA

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del Contribuyente:	Número de Seguro Social del Contribuyente:
Nombre del Cónyuge:	Número de Seguro Social del Cónyuge:
Dirección Residencia Principal:	Profesión del Contribuyente:
	Profesión del Cónyuge:
Dirección Segunda Residencia:	Número de Dependientes:
	Número de Automóviles:

ENTRADAS DE EFECTIVO	Contribuyente	Cónyuge	Total
1. Salario Bruto	00	00	00
2. Menos retenciones por:			
(a) Seguro Social	00	00	00
(b) Medicare	00	00	00
(c) Contribución sobre ingresos	00	00	00
(d) Aportación a planes de retiro	00	00	00
(e) Aportación a cuenta de retiro individual	00	00	00
(f) Plan médico	00	00	00
(g) Préstamos	00	00	00
(h) Otras retenciones a través de nómina	00	00	00
(i) Total (Sume líneas 2(a) a la 2(h))	00	00	00
3. Salario Neto (Línea 1 menos línea 2(i))	00	00	00
4. Otras Entradas de Efectivo:			
(a) Intereses	00	00	00
(b) Dividendos	00	00	00
(c) Distribuciones de sociedades regulares y especiales	00	00	00
(d) Pensión de retiro gubernamental o privada	00	00	00
(e) Pensión alimentaria (ex cónyuge o hijos)	00	00	00
(f) Ingreso neto de industria, profesión, renta, etc.	00	00	00
(g) Ingresos exentos	00	00	00
(h) Réditos de préstamos o tarjetas de crédito	00	00	00
(i) Líneas de crédito	00	00	00
(j) Otras entradas de efectivo	00	00	00
5. Total Otras Entradas de Efectivo (Sume líneas 4(a) a la 4(j))	00	00	00
6. Total de Entradas de Efectivo (Sume líneas 3 y 5)	00	00	00

CONSERVE EN SUS RECORDS

NO ENVIE ESTE ANEJO CON SU PLANILLA

DESEMBOLSOS DE EFECTIVO

Primera y segunda hipoteca residencia principal		00
Primera y segunda hipoteca segunda residencia		00
Contribución sobre la propiedad residencia principal		00
Contribución sobre la propiedad segunda residencia		00
Pago de renta (alquiler) primera residencia		00
Energía eléctrica, gas		00
Agua		00
Teléfono, celular, *beeper*		00
Cable TV		00
Limpieza del hogar		00
Reparaciones del hogar no cubiertas por seguro		00
Efectos y accesorios del hogar		00
Cuotas de mantenimiento de condominio o residencia		00
Compra de alimentos para el hogar		00
Comidas fuera del hogar (restaurante y otros)		00
Lavandería fuera del hogar		00
Gastos de cuido de hijos y otros dependientes		00
Pagos de matrícula y mensualidades de escuelas y universidades		00
Gastos de libros y material educativo		00
Pagos de pensión alimentaria a ex cónyuge e hijos		00
Ropa y accesorios para los miembros de la familia		00
Mantenimiento de jardín		00
Mantenimiento de piscina		00
Mantenimiento de auto, tablilla, gasolina, peaje, etc.		00
Reparaciones de auto no cubiertas por seguro		00
Mantenimiento de bote, tablilla, gasolina, etc.		00
Reparaciones de bote no cubiertas por seguro		00
Seguros de vida, propiedad, auto, bote, médico, etc.		00
Gastos médicos no cubiertos por seguro, deducibles y medicinas		00
Aportaciones a Cuentas de Retiro Individual y Plan KEOGH		00
Aportaciones al Seguro Social, si trabaja por cuenta propia		00
Aportaciones al Medicare, si trabaja por cuenta propia		00
Cuotas de asociaciones y subscripciones		00
Pagos al especialista de planillas		00
Vacaciones en y fuera de Puerto Rico		00
Compra de joyería		00
Donativos		00
Préstamos personales		00
Préstamos estudiantiles		00
Préstamos de auto		00
Préstamos de bote		00
Pagos a tarjetas de crédito		00
Auto, bote y residencia adquirida en efectivo durante el año		00
Contribución sobre ingresos pagada con la planilla		00
Contribución estimada pagada durante el año		00
Inversiones adquiridas durante el año (acciones, bonos, etc.)		00
Otros desembolsos (Prepare anejo detallado)		00
7. Total de Desembolsos		00
8. Sobrante (o Déficit) de Efectivo (Línea 6 menos línea 7)		00

Modelo SC 2898
Form
Rev 05.98

DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
Sección de Administración de Cuentas - Accounts Management Section
PO BOX 9022501
SAN JUAN PR 00902-2501

CAMBIO DE DIRECCION - CHANGE OF ADDRESS

INSTRUCCIONES: Complete las líneas 1 a la 11. Favor de escribir en letra de MOLDE toda la información, excepto la línea 10.
INSTRUCTIONS: Complete lines 1 through 11. Please PRINT all information, except line 10.

1. Marque: ☐ Dirección Postal - Postal Address
Check: ☐ Dirección Residencial - Home Address

2. El cambio de dirección es para (Marque uno): ☐ Individuo - Individual
Change of address is for (Check one): ☐ Negocio - Business
☐ Corp. o Soc. - Corp. or Partnership

3. Número de Seguro Social o Número de Identificación Patronal:
Social Security Number or Employer's Identification Number:

4. Nombre del Contribuyente (deje un espacio en blanco entre cada nombre)
Taxpayer's Name (leave a blank space between names)

5. Nombre de la persona que somete el cambio de dirección (deje un espacio en blanco entre cada nombre)
Name of the person submitting the change of address (leave a blank space between names)

6. Dirección Postal
Postal Address

Condominio o Urbanización - Condominium or Urbanization
PO BOX _____
RR_____ BOX_____
HC_____ BOX_____

Número y Calle - Number and Street
Apt _____
Suite_____

Municipio o Ciudad - Municipality or City | País - Country | Código Postal - Zip Code/+ 4

7. Dirección Residencial
Home Address

Condominio o Urbanización - Condominium or Urbanization

Número y Calle - Number and Street
Apt _____
Suite_____

Municipio o Ciudad - Municipality or City | País - Country | Código Postal - Zip Code/+ 4

8. Teléfono de Residencia
Home Telephone No.

9. Teléfono de Oficina
Office Telephone No.

10. Firma - Signature

11. Fecha - Date

12. Iniciador

13. Fecha de entrada

14. Iniciales